

# **BL\_GERICHTE 725 2015 188 vom 14. Juli 2014**

BL Gerichte, 2014-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_2015\\_188](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2015_188)

FR: BL\_GERICHTE 725 2015 188 du 14 juillet 2014

IT: BL\_GERICHTE 725 2015 188 del 14 luglio 2014

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X., weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 23. Mai 2015 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 5. Juli 2013 zu Recht per 14. Juli 2014 eingestellt hat. 3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige

Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des fortbestehenden Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 11 S. 35 E. 3.3 mit Hinweisen). Beizufügen ist, dass die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer

und nicht der Versicherte die Beweislast für das Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

3.4 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.5 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

3.6 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu

(BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b). 3.7 Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb). Als objektivierbar gelten Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, welches eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann deshalb von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (für viele: Urteil G. des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 ff. mit Hinweisen). 3.8 Liegen keine organisch (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden vor, hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen) wie folgt zu differenzieren: Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirntrauma, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 382 E. 4b), erlitten und liegt in der Folge das für diese Verletzung typische bunte Beschwerdebild vor (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., vgl. BGE 119 V 338 E. 1), so ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten (vgl. die nachfolgende E. 7) Grundsätze zu prüfen. Liegt kein Unfall mit einem Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung vor oder fehlt es nach einer solchen Verletzung an dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild, so hat die Adäquanzbeurteilung psychischer Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 ff. entwickelten Kriterien zu erfolgen. Der Unterschied besteht darin, dass bei Unfällen mit einem Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten Verletzung auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird (BGE 134 V 117 E. 6.2.1, 117 V 367 E. 6a in fine), während dem bei den übrigen Unfällen für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend sind (BGE 115 V 140 E. 6c/aa). Als Ausnahme von diesen Regeln greift allerdings die auf die objektiven, physischen Unfallfolgen beschränkte Adäquanzbeurteilung auch bei Unfällen mit Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung Platz, wenn die zum hierfür typischen Beschwerdebild (vgl. dazu BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 382 E. 4b) gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer vorhandenen, ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 E. 2a mit Hinweisen). 3.9 In jüngerer Zeit hatte sich die Rechtsprechung im Zusammenhang mit der Beurteilung von organisch nicht (hinreichend)

nachweisbaren Unfallfolgeschäden öfters mit der Frage zu befassen, in welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vornehmen dürfe. Im Grundsatzentscheid BGE 134 V 109 ff. hat sich das Bundesgericht nunmehr einlässlich mit dieser Thematik auseinandergesetzt und dabei deutlich gemacht, dass nicht danach zu fragen sei, in welchem Zeitpunkt die Adäquanzprüfung vorgenommen werden dürfe, sondern wann der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen habe (BGE 134 V 113 E. 3.2). Dies habe, so das Bundesgericht weiter, gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG in dem Zeitpunkt zu geschehen, in welchem von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden könne und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen seien (BGE 134 V 113 ff. E. 4). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen sei, umschreibe das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei (vgl. etwa Art. 1a und Art. 4 UVG), werde sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber verdeutliche dabei, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen genügten nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit Hinweisen).

4.1 Für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin stehen die nachfolgenden medizinischen Unterlagen zur Verfügung: 4.2. Am Unfalltag wurde die Beschwerdeführerin im C. erstmals untersucht. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma hielt Med. Prakt. D., Assistenzarzt Chirurgie, die Verdachtsdiagnose einer HWS-Distorsion Grad I (Nackenbeschwerden mit Schmerz, Steifigkeitsgefühl oder nur Schmerzhaftigkeit, keine somatischen Befunde, normale Beweglichkeit) nach QTF-Klassifikation fest. Im Austrittsbericht vom 8. Juli 2013 berichteten die Ärzte des C. über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 5. bis 7. Juli 2013. Sie diagnostizierten ein Dezelerationstrauma nach Verkehrsunfall mit massiven LWS-Schmerzen. Sie hielten unter anderem fest, bei Eintreffen auf der Notfallstation habe sich ein GCS (Glasgow Coma Scale) von 15 gezeigt (15 entspricht der maximalen Punktzahl der Skala und bedeutet, dass die Beschwerdeführerin bei vollem Bewusstsein gewesen ist). Die Beschwerdeführerin beklage massive Schmerzen am Rücken. Innerhalb der ersten Nacht sei es zu einer kompletten Regredienz der Beschwerden an den Beinen gekommen, lediglich starke Schmerzen im Rücken hätten bei Anheben der Beine persistiert. Im Verlauf des zweiten Hospitalisationstages habe die Beschwerdeführerin jedoch problemlos mobilisiert werden können. Sie habe muskeltaterartige Schmerzen am gesamten Körper beschrieben, betont in der LWS. Sie habe kaum Analgesie benötigt. Die Beweglichkeit der HWS sei uneingeschränkt gewesen, es habe lediglich eine geringe Druckdolenz linksseitig über den Dornfortsätzen der HWK4 bis 6 bestanden. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin am 7. Juli 2013 in gebessertem Allgemeinzustand in die ambulante Nachbetreuung entlassen werden können. Eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% sei vom 5. bis 10. Juli 2013 attestiert worden.

4.3 Am 6. August 2013 wurde bei der E. ein MRT des Schädels und der HWS der Beschwerdeführerin durchgeführt. Dr. med. F., FMH Radiologie, hielt in seiner Beurteilung ein unauffälliges MRT des Schädels ohne posttraumatische Veränderungen, eine Streckhaltung der HWS ohne ossäre Läsion und ohne ödematöse Veränderungen der Weichteile nuchal, eine sehr kleine mediane Diskushernie HWK4/5 ohne

Nervenwurzelbeeinträchtigung sowie eine diskrete Diskusprotrusion HWK 5/6 ohne Nervenwurzelbeeinträchtigung fest. Ausserdem wurde am 28. August 2013 bei der E. ein CT der HWS durchgeführt. Dr. F. konnte keinen Nachweis einer ossären Läsion im kraniozervikalen Übergang finden. 4.4 Die Beschwerdeführerin wurde erstmals vom 10. September 2013 bis 6. November 2013 in der psychiatrischen Klinik G. stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 22. November 2013 diagnostizierten Dr. med. H. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, und Dr. med. I , Assistenzärztin, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), einen V.a. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einen V. a. dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4). Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis sei vom 6. bis 20. November 2013 ausgestellt worden. 4.5 Am 27. Dezember 2013 nahm Dr. med. J. , beratender Arzt der AXA, Stellung zur Frage, ob die psychischen Beschwerden und der damit verbundene stationäre Aufenthalt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis stünden. Dr. J. führte diesbezüglich aus, dass dies anzunehmen sei. Die Beschwerdeführerin habe nach dem Unfall hyperventiliert; sei schockiert gewesen, als sie die Beine auf der Unfallstelle nicht habe bewegen können. Nicht ausgeschlossen sei eine Art Angstreaktion bei der Beschwerdeführerin, die sich in einer dissoziativen Bewegungsstörung äussere. Es gäbe in der Biographie keine Hinweise, dass sie je depressiv gewesen wäre. Die Schmerzzustände seien sicher unfallkausal. Dr. J. hielt jedoch unter dem Abschnitt Bemerkungen fest, man müsse darauf achten, dass die Depressivität nicht über Jahre auf den Unfall zurückgeführt werde. Dieser Fall sollte aufgrund der intakten familiären Verhältnisse und der intakten Berufsbiographie eigentlich wieder bessern, sonst müsse man die Vorgeschichte noch intensiver anschauen. 4.6 Dr. med. K. , FMH Allgemeine Medizin, und Dr. med. L. , FMH Innere Medizin, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 3. Februar 2014 ein Dezelerationstrauma bei Verkehrsunfall am 5. Juli 2013 (1.), eine Commotio spinalis im Rahmen der Dg 1, residuell Meralgie des N. cutaneus femoris anterior rechts, am ehesten durch Quetschtrauma durch den Sicherheitsgurt bei Dg 1 (2.), einen Verdacht auf eine akute Belastungsreaktion (3.), eine mittelgradige depressive Episode (4.), eine somatoforme Schmerzstörung (diese Diagnose sei durch Psychiater zu verifizieren), DD Kollagenose, Polymyositis (5.), eine unklare Hypästhesie li Gesichtshälfte, Oberarm li (6.), 2002 unklare symmetrische Polyarthralgien beider Handgelenke und MCP Dig. II-IV, Thorakolumbalgien, ANF-Titer bis 1280 positiv (7.), 2007 rezidivierende Cystitiden, urologische Abklärung unauffällig, insgesamt kein Hinweis für Urolithiasis oder anderweitige Pathologie (8.) sowie einen St. n. Neuronitis vestibularis 3/06. Die Dres. K. und L. attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfallereignis. 4.7 Dr. med. M. , FMH Neurologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 14. Februar 2014 ein chronisches Schmerzsyndrom mit vegetativer Dysregulation, depressiver Entwicklung sowie Angstzuständen. Das chronische Schmerzsyndrom sei durch die Diagnose 2 ausgelöst worden. Es bestünden keine Hinweise auf eine zugrundeliegende strukturell neurologische Erkrankung. Ein am 6. August 2013 durchgeführtes MRI des Schädels und der HWS sei unauffällig gewesen. Differenzialdiagnostisch bestehe eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (1.). Unter Diagnose 2 hielt Dr. M. ein HWS-Distorsionstrauma i.R. eines Auffahrunfalles am 27. Juni 2013 (recte: 5. Juli 2013) fest (2.). In ihrer zusammenfassenden Beurteilung führte Dr. M. aus, dass gemäss Aktenlage bereits im Dezember 2004 ein generalisiertes unspezifisches diffuses Schmerzsyndrom diagnostiziert worden sei, ohne Hinweis auf eine zugrundeliegende Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis. Möglicherweise

sei es durch die akute Belastungsreaktion i.R. des Unfallereignisses zu einem Wiederaufflackern dieser Problematik gekommen. 4.8 Am 3. März 2014 hielten Dr. med. N. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und M. Sc. O. , Psychologin FSP, als Diagnosen eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) fest. Die massive Reaktion auf den Unfall lasse an eine eher instabile Persönlichkeitsstruktur denken. Jedoch gäbe es in der Anamnese keinerlei Hinweise auf Instabilität oder psychische Vorerkrankungen. Dr. N. und M. Sc. O. attestierten der Beschwerdeführerin in ihrem Bericht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 4.9 Dr. J. nahm am 9. April 2014 erneut Stellung und hielt fest, dass vor allem der neue Bericht von Dr. K. vom 3. Februar 2014 aufhorchen lasse. Offenbar bestehe seit Jahren eine unklare rheumatologische Affektion, es werde sogar differentialdiagnostisch eine Kollagenose erwähnt, ein unklares Schmerzsyndrom schon 2002 mit Arthralgien und erhöhten ANA Titern, offenbar schubweise auftretenden Beschwerden. Im Juni 2001 habe eine PDA stattgefunden, nach ziehenden Schmerzen in den Beinen. Das MRI sei unauffällig gewesen. Im April 2006 sei die Versicherte wegen Neuritis vestibularis im C. hospitalisiert gewesen. Da scheine somatisch ein gewichtiger Vorzustand vorgelegen zu haben, vielleicht bestehe diese unklare Erkrankung heute immer noch und laufe unter Unfallfolgen. Dazu müsse sich ein Rheumatologe äussern. Immerhin werde neuerdings Anfang 2014 von der Neurologin Dr. M. von einer Schmerzverarbeitungsstörung gesprochen. Diese scheine schon länger vorzuliegen, schon vor dem Unfall von 2013. Angesichts der medizinischen Vorgeschichte mit jahrelangen diagnostischen Abklärungen und Therapien schon Jahre vor dem Unfallereignis zweifle er daran, dass – entgegen der Auffassung des behandelnden Psychiaters – keine Hinweise auf Instabilität oder psychische Vorerkrankungen vorlägen. Dr. J. führte zudem aus, eine weitere psychiatrische Hospitalisierung dürfe nur noch wahrscheinlich unfallbedingt angezeigt sein. Es müsse spätestens im Sommer 2014, ein Jahr nach dem Unfall, angenommen werden, dass die unfallbedingte psychische Störung behoben sein werde. Der Fall zeige schon früher somatisch unklare Beschwerdebilder, die immer noch überwiegen. Es müsse fast sicher ein gewichtiger psychiatrischer Vorzustand angenommen werden. Viele unklar bleibende unfallfremde Faktoren spielten hier mit eine Rolle. 4.10 Am 2. Juli 2014 führte Dr. med. P. , FMH Allgemeine Innere Medizin, beratender Arzt der AXA, in seiner medizinischen Stellungnahme aus, dass die geklagten Schmerzen mehrere Monate nach der leichten HWS-Distorsion nur noch möglicherweise auf den Unfall vom 5. Juli 2013 zurückzuführen seien. Keine der geklagten Beschwerden seien organisch nachweisbar. Es handle sich um völlig unspezifische und angstbetonte Beschwerden, welche einem starken Wechsel unterliegen würden. Auffällig seien die psychotischen Symptome und die dissoziativen Störungen, welche sich bereits auf der Notfallstation des C. erstmals gezeigt hätten, indem die Beschwerdeführerin überzeugt gewesen sei, ihre Beine seien gelähmt. Strukturelle Veränderungen seien zwei Mal neurologisch ausgeschlossen worden, nachdem auch alle anderen Ärzte keinen medizinisch objektiven Grund für das psychiatrisch auffällige Beschwerdebild hätten finden können. Die weitere Behandlung sei seit spätestens Ende Mai 2014 nicht mehr unfallkausal. Da die bisherigen organischen Abklärungen ausführlich und umfangreich durchgeführt worden seien und die psychische Entgleisung keinen kausalen Zusammenhang mit der leichten HWS-Distorsion habe, müssten keine weiteren Abklärungen mehr gemacht werden. Allfällige restliche HWS-Beschwerden müssten auf die angeborene Streckhaltung der HWS zurückgeführt werden. Sämtliche anderweitige Beschwerden würden im psychiatrischen

Bereich liegen. Ein solches Krankheitsbild könne aufgrund der heutigen Erfahrung nicht durch eine Auffahrkollision im Kreisverkehr ausgelöst werden. Das jetzige Krankheitsbild habe andere Ursachen als das Ereignis vom 5. Juli 2013.

## **E. 5**

Mit Verfügung vom 14. Juli 2014 stellte die AXA ihre Versicherungsleistungen per 14. Juli 2014 ein und stützte sich dabei insbesondere auf die Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes. Zur Begründung führte sie aus, dass die noch geklagten Beschwerden weder in einem natürlichen noch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stünden. Gegen diese Verfügung reichte die Beschwerdeführerin Einsprache ein. 6.1 Im Verlauf des Einspracheverfahrens reichte die Beschwerdeführerin sodann einen weiteren medizinischen Bericht ein: 6.2. Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik G. vom 12. Dezember 2014 berichteten Dr. med. Q. , FMH Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und R. , Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, über die zweite stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 5. September 2014 bis 3. Dezember 2014. Als Diagnosen wurden eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) festgehalten. 7.1 Der Zeitpunkt des Fallabschlusses ist unter den Parteien umstritten. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass der Endzustand am 14. Juli 2014 noch nicht erreicht worden sei. Die Beschwerdegegnerin hält demgegenüber fest, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen sei. Eine baldige Wiederherstellung zumindest einer Teilarbeitsfähigkeit sei nicht prognostiziert worden. Die bisherige Heilbehandlung habe nicht zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit geführt. Eine solche sei mittelfristig auch nicht in Aussicht gestellt worden. Somit erwarte die behandelnde Ärzteschaft trotz laufender Heilbehandlung keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit und folglich auch keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes. Deshalb sei von einem Endzustand bereits im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 14. Juli 2014 auszugehen. Folglich habe sie die Adäquanzprüfung zu Recht vorgenommen. 7.2. Für die Prüfung der Adäquanz kommt im vorliegenden Fall – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – die sogenannte „Psycho-Praxis“ zur Anwendung. Dabei werden die psychischen Beeinträchtigungen ausser Acht gelassen und nur die somatischen Beschwerden bei der Prüfung der besonderen Adäquanzkriterien berücksichtigt. Daher ist an dieser Stelle lediglich danach zu fragen, ob bezüglich der somatischen Beschwerden ein Endzustand erreicht ist. Im Zeitpunkt, auf welchen die Beschwerdegegnerin die strittige Leistungseinstellung anordnete (14. Juli 2014), war die Versicherte fast ausschliesslich psychisch beeinträchtigt. Mit der Beschwerdegegnerin kann festgehalten werden, dass eine HWS-Distorsion, wie sie die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfallereignisses erlitten hatte, gemäss medizinischen Erfahrungswerten und Lehrmeinungen in der Regel innerhalb weniger Wochen folgenlos ausheilt. In den Akten sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass bei der Versicherten eine aussergewöhnliche HWS-Distorsion vorgelegen hätte. Am 14. Juli 2014 lag der Unfall bereits ein Jahr zurück und von einer allfälligen Behandlung der somatischen Beschwerden konnte keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden. Dr. P. begründete zudem nachvollziehbar, dass allfällige restliche HWS-Beschwerden auf die angeborene Streckhaltung der HWS zurückzuführen seien (vgl. E. 4.10 hiavor). Die andauernde Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin gründet sodann zur Hauptsache auf den psychischen Beeinträchtigungen. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Beschwerdeantwort geprüft, ob die diesbezügliche Heilbehandlung eine Steigerung der

Arbeitsfähigkeit und folglich eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes verspricht. In Anbetracht dessen, dass die psychischen Beschwerden im vorliegenden Fall unberücksichtigt bleiben, muss diese Frage allerdings gar nicht beantwortet werden. Es genügt, dass bezüglich der somatischen Beschwerden ein Endzustand erreicht ist. Unter diesen Umständen ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 14. Juli 2014 vorgenommen und geprüft hat, ob die bei der Versicherten noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 5. Juli 2013 stehen. Darauf ist im Folgenden einzugehen.

## **E. 8**

In der Prüfungsabfolge wäre zunächst die natürliche Kausalität der noch geklagten Beschwerden im Zusammenhang mit dem fraglichen Ereignis vom 5. Juli 2013 zu untersuchen. Die AXA stützte sich in ihrer Verfügung sowie im Einspracheentscheid bei der Beurteilung dieser Fragestellung insbesondere auf die vertrauensärztlichen Ausführungen von Dr. J. und Dr. P. . Sie ging demzufolge davon aus, dass bei der Versicherten im Zeitpunkt, auf den sie die strittige Leistungseinstellung anordnete (14. Juli 2014), keine Unfallfolgen mehr vorlagen, die mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 5. Juli 2013 zurückgeführt werden konnten. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt zwar dem Bericht eines versicherungsinternen Arztes nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, ein solcher Bericht ist aber, wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.5 hiavor), soweit zu berücksichtigen, als keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht wohl kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. J. oder Dr. P. zu zweifeln. Es ist festzuhalten, dass sich die Berichte hinreichend mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinandersetzen und eine schlüssige Kausalitätsbeurteilung vorgenommen wird. Die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang muss an dieser Stelle nicht abschliessend beantwortet werden, denn nach der Rechtsprechung kann sie in jenen Fällen offen gelassen werden, in welchen der für die Bejahung einer Leistungspflicht erforderliche adäquate Kausalzusammenhang ohnehin verneint werden muss, was vorliegend – wie sogleich aufzuzeigen ist – der Fall ist (SVR 1995 U 23 S 68 E. 3c; ebenso: Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juli 2010, 8C\_182/2010, E. 3.2). 9.1. Es ist unbestritten, dass die Versicherte am 5. Juli 2013 eine Distorsion der HWS erlitten hat. Die medizinischen Akten halten indessen fest, dass keine objektivierbaren strukturellen Veränderungen bildgebend ausgewiesen sind. Da aufgrund der vorliegenden Akten, insbesondere dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 7. Juli 2013 Beschwerden wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und Übelkeit echtzeitlich nachgewiesen sind, ist das Vorliegen eines typischen Beschwerdebildes zu bejahen. Dies wird auch von der Beschwerdegegnerin nicht in Abrede gestellt, sie ist aber der Meinung, dass bei der Versicherten rasch eine psychische Alteration im Vordergrund gestanden habe, welche später angedauert und dominiert habe. Die Adäquanzbeurteilung sei deshalb nicht nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten Grundsätzen, sondern nach den in BGE 115 V 133 ff. entwickelten Kriterien vorzunehmen. Dieser Auffassung kann gefolgt werden, zumal die Beschwerdeführerin anlässlich des Auffahrunfalles lediglich eine

HWS-Distorsion ersten Grades erlitten hat, welche in der Regel innerhalb weniger Wochen folgenlos verheilt. Stattdessen traten bei der Versicherten schon sehr bald psychische Beschwerden in den Vordergrund. Nur zwei Monate nach dem Unfallereignis wurde sie das erste Mal in der psychiatrischen Klinik G. stationär behandelt. Im weiteren Verlauf wurde der Schwerpunkt der Heilbehandlung auch sehr stark auf die psychische Problematik gelegt. Deswegen erscheint die Anwendung der sogenannten „Psycho-Praxis“ für die Adäquanzprüfung als angemessen (BGE 123 V 99 E. 2a mit Hinweisen).

9.2 Nach dieser Rechtsprechung setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfallereignis und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung im Einzelfall voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 141 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung der Unfälle in drei Gruppen zweckmässig erscheint: banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 138 E. 6). Während bei leichten bzw. banalen Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Folgen bei schweren Unfällen in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 140 E. 6c/aa) zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Das trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, der zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder

auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht wird. Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise, die psychische Fehlreaktion mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 E. 6c/bb).

9.3 Auffahrkollisionen werden regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis qualifiziert. In einzelnen Fällen, insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v unter 10 [bis 15] km/h) und – zusätzlich – weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretenden Beschwerden, wurde auch das Vorliegen eines leichten Unfalles angenommen (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2009, 8C\_626/2009, E. 4.2.2 mit zahlreichen Hinweisen).

9.4 In seiner Unfallanalyse vom 30. Oktober 2013 hielt S., Dipl. Ing. HTL, Unfallanalytiker, fest, dass die überwiegend wahrscheinliche kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v, Geschwindigkeitszunahme) des Personenwagens der Beschwerdeführerin beim Heckanstoß durch den Lieferwagen 9,8 bis 15 km/h betragen habe. Gemäss dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma traten bei der Beschwerdeführerin sofort nach dem Unfallereignis Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit sowie Schlafstörungen auf. Unter diesen Umständen ist der Auffahrunfall im vorliegenden Fall als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis zu qualifizieren. Demnach sind weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen, von denen für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sein müssten (BGE 134 V 126 E. 10.1). Gehäuft im genannten Sinne liegen die Kriterien bei einem Grenzfall zu den leichten Unfällen vor, wenn deren vier erfüllt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. April 2011, 8C\_46/2011, E. 5.1).

9.5 Beim Auffahrunfall vom 5. Juli 2013 handelte es sich um ein mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis. Die niedrige kollisionsbedingte Geschwindigkeitsveränderung spricht sogar eher für einen leichten Unfall. Dass sich der Unfall unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet hätte oder dass er von besonderer Eindrücklichkeit gewesen wäre, ist aufgrund der Aktenlage nicht ersichtlich. Ebenso hat sich die Versicherte keine schweren Körperverletzungen oder Verletzungen besonderer Art zugezogen. Im Weiteren kann vorliegend weder von einem schwierigen Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen noch von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, die Rede sein. Hinsichtlich der Kriterien der Dauer der unfallbedingten Beschwerden, der ärztlichen Behandlung und der Arbeitsunfähigkeit ist massgeblich, wie lange die entsprechenden Unfallfolgen durch den erlittenen körperlichen Gesundheitsschaden in erheblichem Ausmass mitverursacht worden sind. Aufgrund der medizinischen Aktenlage kann nicht gesagt werden, dass die Beschwerdeführerin an physisch bedingten Dauerschmerzen leidet. Ebenso liegt keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung vor, denn bei der Versicherten stand schon früh die Behandlung psychisch bedingter Beschwerden im Vordergrund, was im Rahmen der Adäquanzbeurteilung unberücksichtigt zu bleiben hat. Schliesslich kann auch davon ausgegangen werden, dass das einzig zu berücksichtigende somatische Beschwerdebild keine lange dauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin bereits zwei Monate nach dem Unfallereignis das erste Mal in der psychiatrischen Klinik G. stationär behandelt wurde. Auch im weiteren

Verlauf trat die psychische Symptomatik in den Vordergrund und war somit die Hauptursache für die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten. 9.6 Zusammenfassend kann nach dem Ausgeführten keines der sieben Kriterien als erfüllt betrachtet werden. Die Beschwerdegegnerin hat demnach den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 5. Juli 2013 und den von der Versicherten über den 14. Juli 2014 hinaus geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu Recht verneint.

## **E. 10**

Insgesamt ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 5. Juli 2013 per 14. Juli 2014 eingestellt hat. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss. 11.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen. 11.2 Abschliessend bleibt über den Antrag der Beschwerdeführerin zu befinden, wonach ihr die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter zu bewilligen sei. Gemäss Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG wird der Beschwerde führenden Person, wo die Verhältnisse es rechtfertigen, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt. Gemäss Rechtsprechung ist die unentgeltliche Verbeiständung im kantonalen Beschwerdeverfahren zu bewilligen, wenn der Prozess nicht offensichtlich aussichtslos erscheint, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (Urteil des EVG vom 7. Juli 2003, U 356/02, E. 3.1; Rumo - Jungo, a.a.O., S. 451 mit Hinweisen auf BGE 100 V 62 E. 3 und 98 V 117 E. 2; vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2003, Art. 61 Rz. 88). Die vorliegende Beschwerde kann nicht als offensichtlich aussichtslos bezeichnet werden und die anwaltliche Vertretung erscheint sachlich geboten. 11.3 Für den Entscheid über die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist grundsätzlich die gesamte wirtschaftliche Situation der gesuchstellenden Person massgebend. Dabei hat diese ihre aktuellen Einkommens- und Vermögensverhältnisse umfassend darzustellen und soweit als möglich zu belegen. Verweigert sie die zur Beurteilung ihrer aktuellen Gesamtsituation erforderlichen Angaben oder Belege, so kann die Bedürftigkeit ohne Verletzung des verfassungsmässigen Anspruchs auf unentgeltliche Prozessführung verneint werden. Mit Eingabe vom 26. August 2015 reichte die Beschwerdeführerin ein aktuelles Zeugnis zur Erlangung der unentgeltlichen Prozessführung ein. Gestützt auf die darin enthaltenen Angaben und die eingereichten Unterlagen ist im Folgenden anhand einer Grundbedarfsberechnung zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin prozessual bedürftig ist. In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass die Versicherte zusammen mit ihrem Ehemann und den beiden Kindern (geb. 1995 und 2001) in einem gemeinsamen Haushalt lebt. Die 1995 geborene und somit volljährige Tochter wird im Folgenden bei der Berechnung ausser Acht gelassen, zumal sie auch eine Lehre absolviert und somit über eigenes Einkommen verfügt. Der Ehemann ist im Rahmen der ehelichen Beistandspflicht der Versicherten gegenüber unterstützungspflichtig, weshalb sein Einkommen bei der Bedarfsberechnung im vollen Umfang zu berücksichtigen ist. Aus den eingereichten Unterlagen (Abrechnung der T. Arbeitslosenkasse vom Mai 2015) geht hervor, dass der Ehemann monatlich ein Ersatzeinkommen von Fr. 2'395.50 erhält. Ausserdem führt die Beschwerdeführerin in ihrem Gesuch beim Ehemann ein Erwerbseinkommen von Fr. 730.-- auf. Gemäss den eingereichten Belegen bezieht die Ehefrau ein monatliches Krankentaggeld von Fr. 2'229.50. Dieses Einkommen ist jedoch bei der aktuellen Berechnung nicht mehr zu

berücksichtigen, denn die Versicherung hat das Krankentaggeld per Ende Juni 2015 eingestellt. Dies ergibt ein Gesamteinkommen von Fr. 3'125.50. Der Grundbetrag für Ehepaare beträgt Fr. 1'700.--, für Kinder bis zehn Jahre beträgt er Fr. 400.- und für Kinder über zehn Jahre Fr. 600.--. Auf den Grundbetrag wird praxisgemäss ein Zuschlag von 15% erhoben. Weiter ist der effektive Mietzins zuzüglich Nebenkosten zu berücksichtigen, jedoch ohne Auslagen für Beleuchtung, Kochstrom und/oder Gas, da diese Positionen im Grundbedarf inbegriffen sind. Vorliegend beträgt der Mietzins mit Nebenkosten Fr. 1'495.--. Die Krankenkassenprämien werden jeweils im Umfang der Grundversicherung berücksichtigt. Die weiteren Ausgaben, welche die Beschwerdeführerin im Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege geltend macht (Berufsauslagen von Fr. 500.-- und Unterhaltsbeiträge von Fr. 2'000.--), können an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden, da in den Unterlagen keine Belege dafür vorhanden sind. Dies ergibt einen Grundbedarf in der Höhe von Fr. 5'030.60. Aus den eingereichten Unterlagen der Versicherten und den obigen Ausführungen ergibt sich folgende Berechnung: Monatlicher Grundbetrag Ehegatten CHF 1'700 Kinder (ein Kind im Alter von über zehn Jahren) 600 Erweiterung des betriebsrechtlichen Grundbetrages von 15 % 345 Zuschläge zum monatlichen Grundbetrag Miet- oder Hypothekarzins, ohne Beleuchtung, Kochstrom, Gas 1'495 Sozialbeiträge und obligat. Versicherungen soweit nicht vom Lohn abgezogen (z.B. AHV/IV- 890.60 EO, Krankenkasse, Unfallvers.), Krankenkasse ganze Familie Steuern 0 Steuerausscheidung Grundbedarf 5'030.60 Monatliches Netto- oder Ersatzeinkommen 3'125 Unterdeckung CHF -1'905 Insgesamt führt die Berechnung zu einer Unterdeckung von Fr. 1'905.--. Angesichts dieser Einkommensverhältnisse ist die prozessuale Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin zu bejahen. Gestützt auf die monatliche Unterdeckung ist es ihr nicht zuzumuten, die im vorliegenden Verfahren anfallenden ausserordentlichen Kosten selbst zu tragen. Die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung sind somit gegeben, weshalb dem entsprechenden Gesuch der Versicherten entsprochen werden kann.

11.4 Da der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter zu bewilligen ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 2. Oktober 2015 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8,25 Stunden geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erscheint. Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'845.20 (inkl. Auslagen von Fr. 58.50 sowie 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

11.5 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t :

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'845.20 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.